

中西医结合治疗急性胆源性胰腺炎肝胆湿热证临床疗效分析^{*}

刘 博¹, 王玉梅², 温桂海¹, 王 涛¹, 姚 利¹, 周少英^{1△} (1. 河北省邯郸市中心医院普外一科 056001; 2. 河北省邯郸市第一医院中西医结合内科 056002)

【摘要】 目的 观察清热利湿通里攻下法联合十二指肠镜治疗急性胆源性胰腺炎(中医辨证为肝胆湿热证)的临床疗效。**方法** 于 2010 年 6 月至 2013 年 6 月, 将 66 例急性胆源性胰腺炎肝胆湿热证患者随机分为治疗组与对照组各 33 例。两组患者经十二指肠镜治疗后, 均予以急性胰腺炎规范化西医治疗。治疗组在西医治疗基础之上, 经胃管注入复方大柴胡汤。比较两组患者疗效、腹痛缓解时间、腹胀缓解时间、首次排便时间、血和尿淀粉酶恢复正常水平时间及治疗后第 3 天、第 7 天急性生理和慢性健康状况评分 II (APACHE- II 评分)、外周血白细胞总数正常率等。**结果** 治疗组总有效率高于对照组, 腹痛缓解时间、腹胀缓解时间、首次排便时间, 以及血、尿淀粉酶恢复正常水平时间均短于对照组($P < 0.05$)。治疗后第 3 天、第 7 天, 治疗组、对照组 APACHE- II 评分均较治疗前下降, 且治疗组下降更明显, 治疗组外周血白细胞总数正常率高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 采用清热利湿通里攻下法, 以复方大柴胡汤联合十二指肠镜治疗急性胆源性胰腺炎肝胆湿热证, 疗效确切, 在缩短病程、促进患者胃肠道功能恢复方面有明显优势, 值得临床推广应用。

【关键词】 清热利湿通里攻下法; 肝胆湿热证; 复方大柴胡汤; 十二指肠镜; 急性胆源性胰腺炎

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 17. 011 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)17-2368-03

Curative effect of traditional Chinese medicine combined with Western medicine in the treatment of acute biliary pancreatitis with syndrome of damp-heat in liver and gallbladder^{*} LIU Bo¹, WANG Yu-mei², WEN Gui-hai¹, WANG Tao¹, YAO Li¹, ZHOU Shao-ying^{1△} (1. Department of Common Surgeries, Central Hospital of Handan, Handan, Hebei 056001, China; 2. Department of Internal Medicine of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, the First Hospital of Handan, Handan, Hebei 056002, China)

【Abstract】 Objective To observe the curative effect of Qingrelishi and Tongligongxia method combined with duodenoscope in the treatment of acute biliary pancreatitis with syndrome of damp-heat in liver and gallbladder. **Methods** A total of 66 patients with acute biliary pancreatitis syndrome of damp-heat in liver and gallbladder were randomly divided into treatment group and control group, with 33 cases in each group, during Jun. 2010 and Jun. 2013. Patients of both groups were treated with standardized treatment of acute pancreatitis, after treatment o duodenoscope, and patients in treatment group were given Compound Dachaihu Decoction injection by the stomach tube at the same time. Therapeutic effect, time for abdominal pain and abdominal distention relief, the first defecation time, and the time of blood and urine amylase returning to normal level were examined and compared between the two groups. The acute physiology and chronic health evaluation II (APACHE- II) scores, and normal rate of leukocyte counting, were evaluated before treatment and 3 days, 7 days after treatment, and were also compared. **Results** Compared with control group, curative effect in treatment group was higher, remission time of abdominal pain and abdominal distention, of first defecation, and of blood and urine amylase levels returning to normal were shortened ($P < 0.05$). In both of the two groups, APACHE- II score, evaluated at 3 and 7 days after treatment, were all decreased, and the degree of decreasing in treatment group was more obvious, and normal rate of blood leukocytes counting in treatment group was higher than control group ($P < 0.05$). **Conclusion** On the basis of the Qingrelishi and Tongligongxia method, combined application of Compound Dachaihu Decoction and duodenoscope might be effective in the treatment of acute biliary pancreatitis with syndrome of damp-heat in liver and gallbladder, with obvious advantages for promoting the recovery of gastrointestinal function, speeding up the healing of patients, which could be worthy of clinical application.

【Key words】 Qingrelishi and Tongligongxia method; Damp-Heat in Liver and Gallbladder; compound Dachaihu Decoction; duodenoscope; acute biliary pancreatitis

^{*} 基金项目: 河北省邯郸市科技局 2013 年科学技术研究与发展计划项目(1323108087-9)。

作者简介: 刘博, 男, 主治医师, 硕士, 主要从事肝胆胰外科疾病诊治研究。 △ 通讯作者, E-mail: 310655366@qq.com。

急性胆源性胰腺炎(ABP)是由胆道疾病所诱发的急性胰腺炎,临床表现为急性上腹部疼痛、恶心、呕吐,伴发热,血、尿淀粉酶升高^[1]。胆总管结石是诱发 ABP 的主要原因之一^[2]。传统医学根据急性胰腺炎病因、发病部位及临床特点,将其归属于中医“胰瘕”范畴,病性以里、实、热证为主,病位在脾、胃、肝、胆,病机为“不通则痛”^[3]。《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见》将“胰瘕”分为 5 个证候:肝郁气滞证、肝胆湿热证、腑实热结证、瘀热互结证、内闭外脱证^[4],ABP 则属于肝胆湿热证。有研究显示,肝胆湿热证为“胰瘕”最常见的证型^[5]。对于表现为肝胆湿热证的 ABP 患者,在明确梗阻病因后,经十二指肠镜取出结石、解除胆胰管梗阻是主要治疗方法,同时也可采用清热利湿通里攻下法,运用复方大柴胡汤进行中西医结合治疗。笔者回顾性分析了 66 例患者的临床资料,对清热利湿通里攻下法联合十二指肠镜治疗 ABP 的疗效进行了分析,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 6 月至 2013 年 6 月邯郸市中心医院收治的 66 例 ABP 患者,其中 53 例患者血、尿淀粉酶水平高于正常参考区间上限 3 倍以上。所有患者入院时距发病时间为 2~72 h,入院时均有上腹或全腹疼痛,部分患者有程度不等的腹膜刺激征。所有患者均符合中医及西医诊断标准。西医诊断标准参照《中国急性胰腺炎诊治指南》提出的诊断标准^[6],即彩超或 CT 检查证实存在胆总管下段结石同时伴有胆道梗阻,胰腺肿大和(或)胰周渗液。中医辨病辨证标准参照《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见》提出的“胰瘕”肝胆湿热证诊断标准^[4],主症包括上腹胀痛拒按或腹满胁痛,舌质红,苔黄腻或薄黄;次症包括发热口渴、口干口苦,身目发黄、黄色鲜明,呃逆恶心、心中懊依,大便秘结或呈灰白色、小便短黄,倦怠乏力,脉弦数;同时符合 2 项主症及 2 项次症即可诊断。所有患者均符合以下纳入标准:年龄 18~80 岁,住院时间超过 72 h,入院时生命体征平稳,神志清楚,具有沟通、表达能力,符合上述西医及中医诊断标准,签署知情同意书并愿意接受中药汤剂治疗。排除标准:不符合上述西医及中医诊断标准,入院时存在严重心、脑、肝、肾等系统疾病,神志不清、不能用语言进行交流或有其他精神疾患,不愿接受中药汤剂治疗。将 66 例患者随机分为中西医结合治疗组(治疗组)与西医治疗组(对照组)。治疗组患者 33 例,男 13 例、女 20 例,年龄 28~80 岁,平均(51.5±8.1)岁。对照组患者 33 例,男 11 例、女 22 例,年龄 25~80 岁,平均(56.2±9.5)岁。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 所有患者在明确诊断后,均急诊行十二指肠镜治疗。术后均保留胃管,部分患者同时保留鼻胆管。内镜治疗后,所有患者根据文献^[7]给予常规西医规范化治疗,包

括:监测生命体征、禁食水、胃肠减压、补充液体、维持水电解质和酸碱平衡、抗感染、镇痛、抑酸治疗、抑制胰酶活性等。治疗组在此基础上,于术后第 1 天给予自制复方大柴胡汤[柴胡 10 g、黄芩 15 g、大黄(后下)15 g、枳实 10 g、白芍 15 g、半夏 10 g、厚朴 15 g、芒硝 10 g、金钱草 30 g、川芎 15 g、莱菔子 10 g、甘草 6 g],每剂煎 2 次,共获得药液 200 mL,按 1 日 2 次、每次 100 mL 进行胃管灌注,灌注后夹闭胃管约 2 h,连用 7 d。治疗 1 周后观察治疗效果。

1.2.2 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[8]同时结合文献^[9]制订疗效评定标准如下。(1)临床治愈:3 d 内症状、体征缓解,7 d 内症状、体征消失,血、尿淀粉酶恢复正常水平;(2)显效:7 d 内症状、体征显著好转,血、尿淀粉酶恢复正常水平;(3)有效:7 d 内症状、体征减轻,血、尿淀粉酶有下降趋势;(4)无效:7 d 内症状、体征未减轻或恶化,血、尿淀粉酶未降低。总有效率=(临床治愈例数+显效例数+有效例数)/患者总例数×100%。

1.2.3 临床观察指标 观察并比较两组患者治疗后腹痛缓解时间、腹胀缓解时间、首次排便时间及血、尿淀粉酶恢复正常水平时间。比较两组患者治疗前及治疗后第 3 天、第 7 天急性生理和慢性健康状况评分 II(APACHE-II 评分)、外周血白细胞总数正常率。治疗 7 d 后比较两组总有效率。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行数据处理及统计学分析。计数资料以百分率表示,组间比较采用卡方检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较及组内治疗前后比较采用 t 检验; $P<0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术方式 两组患者分别接受内镜下 oddi 括约肌切开术(EST)、鼻胆导管引流术(ENBD)、扩张气囊扩张单独或联合治疗,具体手术治疗方式见表 1。

2.2 两组患者各项观察指标比较 治疗后,治疗组腹痛缓解时间、腹胀缓解时间、首次排便时间及血、尿淀粉酶恢复正常水平时间均快于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 两组患者 APACHE-II 评分比较 两组患者治疗前 APACHE-II 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后第 3 天、第 7 天时 APACHE-II 评分均较治疗前下降,且相同时间点治疗组、对照组 APACHE-II 评分比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

2.4 两组患者白细胞总数正常率比较 治疗后第 3 天、第 7 天,治疗组外周血白细胞总数正常率高于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

2.5 两组患者疗效比较 治疗 7 d 后,治疗组疗效优于对照组,总有效率组间比较差异有统计学意义($\chi^2=4.24, P<0.05$),见表 5。

表 1 两组患者手术治疗方式(n)

组别	n	内镜下 oddi	内镜下 oddi 括约肌	扩张气囊扩张+内镜下 oddi 括约肌	鼻胆导管引流术
		括约肌切开术	切开术+鼻胆导管引流术	切开术+鼻胆导管引流术	
治疗组	33	12	10	7	4
对照组	33	10	7	10	6

表 2 两组患者各项观察指标比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	腹痛缓解时间	腹胀缓解时间	首次排便时间	血淀粉酶恢复时间	尿淀粉酶恢复时间
治疗组	33	2.7±0.4	3.8±0.5	4.4±0.6	5.8±0.7	8.8±0.8
对照组	33	3.0±0.6	4.2±0.7	4.8±0.8	6.2±0.8	10.5±0.9
<i>t</i>	—	2.390 4	2.672 0	2.297 5	2.162 2	8.110 7
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

表 3 两组患者 APACHE-Ⅱ 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后第 3 天	治疗后第 7 天
治疗组	33	8.3±3.6	5.1±2.2	3.1±1.6
对照组	33	8.6±4.1	6.4±2.9	4.2±2.1
<i>t</i>	—	0.315 9	2.051 4	2.393 4
<i>P</i>	—	>0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

表 4 两组患者外周血白细胞总数正常率比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	治疗后第 3 天	治疗后第 7 天
治疗组	33	22(66.7)	30(90.9)
对照组	33	14(42.4)	23(69.7)
χ^2	—	3.93	4.69
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

表 5 两组患者治疗总有效率比较[*n*(%)或%]

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	33	12(36.4)	13(39.4)	6(18.1)	2(6.1)	93.9
对照组	33	11(33.3)	10(30.3)	4(12.1)	8(24.3)	75.7

3 讨 论

ABP 是急性胰腺炎最常见的临床类型之一,持续胆道梗阻可导致胰腺炎加重。因此,及时处理胆系结石、解除胆道梗阻以疏通胆管,是治疗 ABP 的重要方法^[10]。而且,ABP 治疗效果与治疗时间有密切的关系,越早治疗,疾病对胰腺造成的伤害越小,患者预后越好。对于有明确证据显示持续胆道梗阻的患者,适合采用经内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)以清除胆管结石^[11]。大多数 ABP 患者经十二指肠内镜治疗后,临床症状明显缓解,但由于 ABP 换则的病情一般较为危重,因此仍需在术后进行积极的后续治疗。有研究显示,中西医结合治疗可降低 ABP 患者病死率、缩短病程^[7,12]。蒋模威^[13]采用中西医结合治疗肝胆湿热型急性胰腺炎,疗效显著,能明显缩短疗程以及减少并发症的发生。

急性胰腺炎属于中医学“胰瘕”范畴,由湿蕴、血瘀、胸闭、气滞、食积等导致肝郁气滞,胆汁瘀结,郁久化热,中焦阻滞,通降失调,腑气不通,进而形成少阳与阳明合病。本研究中的肝胆湿热证为“胰瘕”最常见的证型,症状表现包括:上腹胀痛拒按或腹满胁痛,发热口渴,口干口苦,身目发黄,黄色鲜明,呃逆恶心,心中懊侬,大便秘结或呈灰白色,小便短黄,倦怠乏力,舌质红,苔黄腻或薄黄,脉弦数;治疗方面宜清热利湿、通里攻下。

大柴胡汤原方主治少阳与阳明合病,具有和解少阳、内泻热结之功效。方剂中的柴胡疏肝理气、长于开郁,黄芩清热泻火、善于泄热,二药相合,既可疏调肝胆之气机,又能清泄内蕴之湿热;大黄、枳实合用可内泻阳明热结,行气消痞;白芍柔肝缓急止痛,又助枳实、大黄泻热通便;半夏燥湿和胃而通阳明。本研究在大柴胡汤原方中加用金钱草清热除湿利胆,加强黄芩清热泻火之力;加用芒硝以咸寒泻热,与大黄相须为用,则峻下热结之力增强;厚朴苦温下气,除满消胀,助半夏、枳实行气消痞;川芎为血中之气药,既可活血祛瘀,又可行气开郁;莱菔子尤善行气消痞;甘草清热解毒,缓急止痛,助白芍止痛之功效。纵观全方,不仅能清热利胆、祛湿退黄,还能有效峻下热结、消除胀满,故取得较好的临床疗效。本研究以 ABP(中医辨证为肝胆湿热证)患者为研究对象,结果显示:采用清热利湿通里攻下法,以复方大柴胡汤进行中西医结合治疗,可显著缩短患者的腹痛时间、腹胀时间、首次排便时间,以及血、尿淀粉酶恢复正常水平时间;与单独采用西医治疗相比,在整体疗效、降低患者 A-PACHE-Ⅱ 评分、促进患者外周血白细胞恢复正常水平等方面的优势更为明显。笔者另有研究证实,采用类似的中西医结合方法治疗 ABP,也有助于促进患者血淀粉酶水平的下降^[14]。

综上所述,采用清热利湿通里攻下法,以复方大柴胡汤联合十二指肠镜治疗 ABP(中医辨证为肝胆湿热证)疗效确切,在促进患者胃肠道功能恢复方面有明显优势,可有效缩短病程,促进患者的康复,值得临床应用。

参考文献

[1] 姜飞. 急性胆源性胰腺炎 88 例治疗分析[J]. 重庆医学, 2010,39(6):677-678.

[2] 颜永红. 老年重症急性胰腺炎 38 例临床特点分析[J]. 重庆医学,2010,39(17):2364-2365.

[3] 杨晋翔,韩海啸,张学智,等. 急性胰腺炎的中医药研究现状及思路[J]. 北京中医,2008,27(5):348-349.

[4] 中华中医药学会脾胃病分会. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J]. 中华中医药杂志,2013,28(6):1826-1831.

[5] 丁赛丹. 急性胰腺炎中医证型的文献分析[J]. 湖北中医杂志,2010,32(3):34-36.

[6] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013 年,上海)[J]. 中华消化杂志,2013,33(4):217-222.

[7] 中国中西医结合普通外科专业委员会. 重症急性胰腺炎中西医结合诊治常规(草案)[J]. 中国中西医结合外科杂志,2007,13(3):232-237.

[8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:29-31. (下转第 2372 页)

意义($P>0.05$)。对照组男、女性不同性别间的 BDNF 水平无显著性差异,研究组男性 $24.32 \pm 4.53 \mu\text{g/L}$, $2 \mu\text{g/L}$ ($P>0.05$)。

2.2 抑郁症患者血清 BDNF 水平与其他因子的相关性分析

抑郁症患者发病年龄及病程与血清 BDNF 水平无相关性, r 分别为 -0.025 、 0.026 ($P>0.05$)。抑郁症患者血清 BDNF 水平与 HAMD 总分无相关性 ($r = -0.076$, $P>0.474$),与 HAMD 因子中的焦虑/躯体化 ($r = -0.089$, $P>0.05$)、体质量 ($r = -0.055$, $P>0.05$)、认识障碍 ($r = -0.016$, $P>0.05$)、日夜变化 ($r = -0.044$, $P>0.05$)、阻滞 ($r = 0.073$, $P>0.05$)、睡眠障碍 ($r = 0.142$, $P>0.05$)、绝望感 ($r = -0.084$, $P>0.05$) 得分无相关性。

3 讨 论

BDNF 是神经营养因子家族重要成员之一,也是哺乳动物脑组织中浓度水平最高的神经营养因子。BDNF 通过与 TrkB 受体结合,引起受体二聚体化和自身磷酸化,通过依次激活胞质内、核内其他信号蛋白,从而激活整个信号传递系统发挥功能作用。抑郁障碍的神经营养假说认为,BDNF 有促进突触生长、维持神经元生存的作用,脑组织 BDNF 水平降低可诱发抑郁^[3]。抗抑郁药通过增加脑组织 BDNF 浓度、提高突触的可塑性和促进神经元的生存发挥抗抑郁作用。Karege 等^[1]测定了不同生长发育阶段小鼠血清和脑组织 BDNF 水平,发现脑组织与血清 BDNF 水平呈正相关,提示血清 BDNF 能够反映脑组织 BDNF 水平的变化,可能与抑郁症的病理生理学改变存在关联。

本研究发现抑郁症患者血清 BDNF 水平低于健康者。多项荟萃分析也证实抑郁症患者血清和(或)血浆 BDNF 水平降低,抗抑郁治疗可使抑郁症患者血清和(或)血浆 BDNF 恢复至正常水平^[4-5]。由此可见,BDNF 水平与抑郁症存在一定的相关性,为抑郁障碍的神经营养假说提供了有力支持。本研究未发现性别、年龄对血清 BDNF 水平有影响,且抑郁症患者年龄以及病程与血清 BDNF 水平无相关性,与国外研究结果一致^[2,5]。Shimizu 等^[2]研究报道,血清 BDNF 水平与 HAMD 得分呈负相关,国内也有类似报道^[6-7]。但本研究未发现抑郁症患者血清 BDNF 水平与 HAMD 总分及各因子得分相关,与 Jevtovic 等^[8]的报道一致,说明血清 BDNF 水平与抑郁症患者病情严重程度可能无相关性。本研究与 Molendijk 等^[9]的研究均得到相似的结论,即血清 BDNF 水平降低可能是抑郁症的状态特征之一。

综上所述,抑郁症患者血清 BDNF 水平明显降低,但血清 BDNF 水平与抑郁症患者年龄、病程、病情严重程度无相关性,

血清 BDNF 水平降低可能是抑郁症的状态特征之一。因此,血清 BDNF 水平检测可能有助于判断抑郁症患者的病情变化。

参考文献

- [1] Karege F, Schwald M, Cisse M. Postnatal developmental profile of brain-derived neurotrophic factor in rat brain and platelets[J]. *Neurosci Lett*, 2002, 328(3): 261-264.
- [2] Shimizu E, Hashimoto K, Okamura N, et al. Alterations of serum levels of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in depressed patients with or without antidepressants[J]. *Biol Psychiatry*, 2003, 54(1): 70-75.
- [3] Duman RS, Monteggia LM. A neurotrophic model for stress-related mood disorders[J]. *Biol Psychiatry*, 2006, 59(12): 1116-1127.
- [4] Bocchio-Chiavetto L, Bagnardi V, Zanardini R, et al. Serum and plasma BDNF levels in major depression: a replication study and meta-analyses[J]. *World J Biol Psychiatry*, 2010, 11(6): 763-773.
- [5] Sen S, Duman R, Sanacora G. Serum brain derived neurotrophic factor, depression, and antidepressant medications: meta-analyses and implications[J]. *Biol Psychiatry*, 2008, 64(6): 527-532.
- [6] 李晓照, 陈泽奇, 胡随瑜, 等. 抑郁症患者血清 BDNF 水平与相关因素分析[J]. *中国临床心理学杂志*, 2005, 13(2): 312-313.
- [7] 张玉梅, 张志珺, 沙维伟, 等. 抑郁症患者治疗前后血清脑源性神经营养因子水平变化及相关因素分析[J]. *中华精神科杂志*, 2009, 42(2): 210-214.
- [8] Jevtovic S, Karlovic D, Mihaljevic-Peles A, et al. Serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF): the severity and symptomatic dimensions of depression[J]. *Psychiatr Danub*, 2011, 23(4): 363-369.
- [9] Molendijk ML, Bus BAA, Spinhoven PH, et al. Serum levels of brain-derived neurotrophic factor in major depressive disorder: state-trait issues, clinical features and pharmacological treatment[J]. *Mol Psychiatry*, 2011, 16(11): 1088-1095.

(收稿日期: 2014-01-22 修回日期: 2014-04-13)

(上接第 2370 页)

- [9] 李亮. 复方丹参联合大承气汤治疗重症急性胰腺炎的临床研究[J]. *检验医学与临床*, 2011, 8(16): 1982-1983.
- [10] 刘东涛, 罗春梅, 李兵, 等. 不同治疗方案对急性胆源性胰腺炎患者炎症因子及医疗负担的影响[J]. *检验医学与临床*, 2013, 10(13): 1662-1663.
- [11] 岳光平, 蒲红, 董刚强, 等. 治疗性内镜下逆行胰胆管造影术在老年患者胰胆疾病中的临床应用[J]. *检验医学与临床*, 2011, 8(13): 1541-1542.

- [12] 刘作素, 吴小翎. 重症急性胰腺炎个体化综合治疗方案研究进展[J]. *检验医学与临床*, 2013, 10(12): 1593-1595.
- [13] 蒋模威. 清胰泻热汤治疗肝胆湿热型急性胰腺炎 20 例临床观察[J]. *中医药导报*, 2010, 16(12): 44-45.
- [14] 刘博, 王玉梅, 温桂海, 等. 中西医结合治疗急性胆源性胰腺炎 46 例疗效观察[J]. *海南医学*, 2013, 24(15): 2205-2207.

(收稿日期: 2014-01-16 修回日期: 2014-04-13)